

Huisarts op recept



Marnix van der Leest

# Huisarts op recept

*Dilemma's uit de spreekkamer*



Uitgeverij De Arbeiderspers  
Amsterdam · Antwerpen

Dit boek is tot stand gekomen door bemiddeling van  
Sebes & Bisseling Literary Agency, Amsterdam.

Marnix van der Leest schreef in nauwe samenwerking met  
Helene de Bruin (1967) *Huisarts op recept*.  
De Bruin is interviewer en tekstschrijver.



Copyright © 2021 Marnix van der Leest en Helene de Bruin  
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar  
gemaakt, door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze  
ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van BV Uitge-  
verij De Arbeiderspers, Weteringschans 259, 1017 XJ Amsterdam.

Omslagontwerp: Jan van Zomeren  
Portret auteur: Marianka Knottnerus  
Typografie: Perfect Service, Reeuwijk

ISBN 978 90 295 4350 7 / NUR 320

[www.arbeiderspers.nl](http://www.arbeiderspers.nl)

# Inhoud

Voorwoord door André Knottnerus	7
Inleiding	11
De paradijsvogel. Stilvallen in de hectiek van de dag	17
De onderbuik van de dokter. Navigeren in onzekerheden	26
Gezond maar doodziek. Over persoonlijke ervaring van het eigen lichaam	36
In de pek met veren. Een gemiste diagnose	42
Levensloopmeisje. De kracht van context	51
Long goodbye. Dementie heb je nooit alleen	60
Pseudologica fantastica. Tussen wal en schip	73
De dokterstas. Hoe het symbool van de huisarts de bureaucratie in zich draagt	79
Worstelen tussen vijf en acht. Over de huisartsenpost	89
Goede dood. Euthanasie in de praktijk	98
Spoedgeval! Werken op het scherpst van de snede	114
Zorgenkind. Jeugdhulpverlening in de knel	124
Herhaalrecept. Van goedbedoeld voorschrift naar ongemerkte verslaving	139
Niet schaden, wel doen. Persoonlijke zoektocht in een weerspannig euthanasiedebat	152

<b>Wat is uw geboortedatum? Ode aan de doktersassistente</b>	166
<b>Geitenpaadje. Verleiden tot gezonde leefstijl en gedragsverandering</b>	175
<b>Eigen risico. Hoe geld de spreekkamer binnenrolt</b>	189
<b>Slotakkoord. Stervensbegeleiding vanuit huis</b>	199
<b>Verantwoording en dank</b>	213

# Voorwoord

*door André Knottnerus*

(Emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, oud-voorzitter van de Gezondheidsraad en van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid)

Voorkomen is beter dan genezen, en extra belangrijk waar genezen moeilijk is. Maar we weten ook dat we allemaal vroeg of laat een keer ziek worden. En sommigen van ons, zo oneerlijk is het, vaker of ernstiger dan anderen. Iedereen verdient dan een goede dokter, zo eerlijk moet het zijn. Een dokter die het medisch vak beheerst, die gauw doorheeft of je iets mankeert en zo ja wat, die niet minder maar ook niet meer doet dan nodig is, en die samen met jou beslist wat het beste voor je is. Maar ook een dokter die aandachtig luistert en de tijd neemt als er meer aan de hand is, er voor je is als je het even niet meer weet of het niet meer ziet zitten, en je dan een zorgzaam duwtje geeft waarmee je verder kan. Een dokter ten slotte die je niet loslaat als je verwezen wordt, erop let dat er dan een goed team om je heen staat, en erop toeziet dat de zorg een gebaand pad is en geen doolhof.

We mogen daarom van geluk spreken dat er voor iedereen in Nederland een huisarts is, en dat huisartsen goede dokters willen zijn. Dat we voortreffelijk medisch onderwijs, gedegen huisartsenopleidingen en actieve beroepsverenigingen hebben die ervoor zorgen dat studenten goede huisartsen

kunnen worden en blijven. En dat huisartsen hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek doen dat bijdraagt aan standaarden voor goede zorg, zodat ze hun medisch handelen en hun inzet voor de gezondheid en kwaliteit van leven van hun patiënten steeds verder kunnen verbeteren.

Essentieel voor dat blijven verbeteren is ook dat huisartsen hun dagelijkse ervaringen delen. Want ervaringen en belevissen van individuele dokters en patiënten zijn nooit ‘standaard’, en vormen een rijkgeschakeerde, alsmaar door groeiende kennisbron voor een praktijkleven lang gezamenlijk leren. Leren over en van al die bijzondere mensen die hun bijzondere problemen aan hun huisarts voorleggen, iedere dag weer, jaar in jaar uit. En leren van de *best practices* die huisartsen gaandeweg ontwikkelen, te midden van alle onzekerheden waarmee zij – soms met vallen en opstaan – moeten werken. Die ervaringen bij elkaar leveren een even onmisbare *evidence based practice* op als de kennis die ze vanuit hun opleiding meekregen, voor de praktijk maar ook als input voor praktijkverrijkend wetenschappelijk onderzoek. Maar ze moeten dan wel goed beschreven worden. En dat is precies wat Marnix van der Leest in dit boek heeft gedaan, op basis van zijn jarenlange ervaring als huisarts, opleider, en toegewijd ijveraar voor betere zorg.

Dat laatste heb ik ook van nabij kunnen zien, want Marnix is de partner van mijn nicht Marianka. Ik heb mij daarom de vraag gesteld of ik voldoende afstand had toen hij mij polste of ik een voorwoord wilde schrijven. Maar de thema’s die hij aan de orde stelt en de door hem bepleite openheid daarover passen zozeer bij waar mijn loopbaan over ging dat ik deze mooie gelegenheid om het belang hiervan te on-



derstrepen – met transparantie over mijn oomschap – niet voorbij heb laten gaan.

De behoefte om ervaringen te delen wordt door huisartsen extra sterk gevoeld rond het omgaan met de lastige dilemma's waarvoor ze in de loop van hun praktijkleven komen te staan. Het is daarom een uitstekende keuze van de auteur om daarop in dit boek de nadruk te leggen. Want hoe mooi het huisartsenvak ook is, die lastige dilemma's zijn onontkoombaar en veelvuldig. Misschien maken ze het huisartsenvak juist ook zo mooi, want via gezamenlijk beleefde dilemma's komt de huisarts een stuk dichterbij de patiënt en bij wat echt belangrijk voor hem of haar is.

Van der Leest laat dat overtuigend zien in zijn meeslepende en eerlijke voorbeelden op velerlei gebied. Zoals moeilijke keuzes in het omgaan met ziekte, leven en dood, afwegingen bij moeilijk te doorgronden klachten, en vertrouwensvragen rond medische missers. En het zware en het mooie van het langdurig begeleiden van patiënten en hun naasten, het samen optrekken met patiënten die je nodig hebben maar ook de strijd met je aangaan, en het niet loslaten van mensen die achteruitgaan of in uitzichtloze situaties verkeren. Maar ook het open blijven staan voor onverwachte kansen en dwarse oplossingen, bijvoorbeeld door te zien dat de oorzaak van hinderlijke complexiteit eerder bij de organisatie van de zorg dan bij de patiënt gezocht moet worden.

Huisartsen kunnen door praktijkdilemma's enorm geraakt worden, en zelfs gaan twijfelen of zij wel goede dokters zijn of überhaupt kunnen zijn. Want veel dilemma's hebben te maken met hoe de zorg georganiseerd, gefinancierd

en bestuurd wordt, en wat daarbij allemaal misgaat. Maar daardoor kunnen ze ook zicht bieden op wat er beter kan en beter moet. Daarom valt er ook voor bestuurders en beleidsmakers veel van dit boek te leren. Ook voor hen heeft Marnix van der Leest belangrijke boodschappen, bijvoorbeeld aan de hand van wat er misging in de jeugdzorg en tijdens de coronacrisis.

Behalve lezen om te leren wil je lezen om te genieten, en ook dat kan volop met dit boek vol drama, verwondering, en gepaste levenshumor. Dit gevoegd bij goed beredeneerde visies, rijke casuïstiek en leerpunten voor praktijk en beleid, maakt dit boek geschikt en belangrijk voor een brede lezerskring: huisartsen en huisartsen-in-opleiding die goede dokters willen zijn en blijven; doktersassistentes die in dit boek de waardering krijgen die zij verdienen; andere eerstelijns werkers, die hun cliënten beter kunnen helpen als zij van de dilemma's van de huisarts weet hebben; medisch specialisten die willen begrijpen hoe het brede zorgmozaïek eruitziet waarin hun stukje moet passen; patiënten en allen die patiënt kunnen worden, omdat dit boek hen kan helpen om nog vruchtbaarder met hun huisarts samen te werken; en zorgbestuurders en beleidsmakers die het huisartsen gemakkelijker willen maken hun voor onze samenleving zo belangrijke werk goed te kunnen blijven doen. En ten slotte huisarts-onderzoekers, want de in dit boek beschreven dilemma's verdienen veel meer wetenschappelijke studie.

## Inleiding

In de bloedhete zomer van 2019 krijg ik tussen ingewikkelde consulten door een telefoontje van de thuiszorg. Die deelt mij mee dat ze een van mijn patiënten niet langer optimale zorg kan bieden. Het gaat om een vierentachtigjarige patiënt, die die ochtend al uren in haar diarree ligt, met haar hoofd op een kussen vol natte alcoholplekken en vliegen op haar ontstoken oog. Deze patiënt belt mij of de huisartsenpost dagelijks, dus ik ken haar goed.

Na dit telefoontje van de thuiszorg zakt de moed me in de schoenen. Ik leg mijn hoofd even op mijn bureau en ik overdenk de situatie. Natuurlijk. Heel goed dat de thuiszorg het kwaliteitsniveau in de gaten houdt. Maar dit gegeven opgeteld bij de mededeling dat ook de ambulancedienst niet meer voor mijn patiënt wenst uit te rukken, maakt me moedeloos en eenzaam. De zorg voor deze vrouw is zo complex en moeizaam, dat niemand langer zijn handen aan deze ‘casus’ wil branden. En zo kan je er als huisarts alleen voor komen te staan... Wie kan ik dwingen verantwoordelijkheid te nemen?

Al eerder in diezelfde zomer had ik een oproep van de actiegroep van bezorgde huisartsen ‘Het roer moet om’ voorbij zien komen. Of collega’s voor een publicatie goede voorbeelden konden inzenden van situaties waarin patiënten tussen wal en schip terecht waren gekomen, van misstanden in de huisartsenpraktijk.

Ik ben normaal gesproken geen man van de barricaden, maar nadat ik voor deze hoogbejaarde patiënt na ferm bel-len met talloze verpleeghuizen honderd kilometer verderop eindelijk een goede plek en de juiste verzorging had gere-geld, ging ik er eens goed voor zitten. Gedreven door mijn verontwaardiging over het afschuiven van verantwoorde-lijkheden van het zorgnetwerk om me heen en een lichte woede over de manier waarop het medische systeem steeds verder versnipperd, beschreef ik – na toestemming van de patiënt – de casus. Ik heb nog nooit zo snel iets met zoveel urgentie op papier gezet.

Het verhaal wordt geplaatst in het boekje *Patiënt tussen wal en schip*, waarna ik al snel word gebeld door een journa-list die mijn verhaal daarin gelezen had. Het resultaat staat in *de Volkskrant* van 26 november 2019 en wat uitgebreider verderop in dit boek. Dat interview, het doorvragen van journalist Michiel van der Geest, mijn soms pijnlijke ant-woorden, maar vooral het toenemende besef dat ik als huis-arts steeds vaker niet de zorg aan mijn patiënten kan leveren die nodig is, hebben mij doen besluiten de pen op te pakken. Sinds begin 2020 sta ik mijzelf toe om op donderdag, mijn ‘antiburnoutdag’, de mooie, soms bijzondere kanten, maar ook de schaduwzijden van het huisartsenvak te beschrijven. Ik schrijf over mijn dagelijkse zorg voor mijn patiënten, over de treffers en missers, over de bedrijfsvoering in mijn steeds drukkere praktijk, over de momenten dat ik er helemaal alleen voor sta of dat ik me door mijn collega’s of studie-genoten gesteund voel. De dilemma’s uit mijn spreekkamer komen in dit boek *Huisarts op recept* aan de orde. De titel refereert aan het gevoel dat me af en toe bekruipt: dat we als huisartsen steeds vaker het antwoord zijn op de vragen en

eisen van de zorgverzekeraars, politiek en beleidsmakers in de zorg met als gevolg een steeds verder uitbreidend takenpakket.

In *Huisarts op recept* wil ik een eerlijk beeld geven van hoe het er in een huisartsenpraktijk aan toegaat. Hoe wij met zes huisartsen, zeven doktersassistenten en vier praktijkondersteuners proberen te zorgen voor onze patiënten. Ik wil de schoonheid van mijn vak laten zien. Ik wil laten zien dat mijn vak behalve op medische kennis, gebaseerd is op het zien en kennen van patiënten. Het fundament van mijn zorgverlening groeit met de jaren, omdat ik ervarener word, maar ook omdat ik mijn patiënten, hun gezin, familie en vrienden door de jaren heen vaker zie, beter leer kennen en onderlinge verbanden ontdek.

Het vertrouwen tussen huisarts en patiënt groeit door gesprekken voor, tijdens en na onderzoeken. Het is het bindmiddel waardoor je mensen echt goed leert kennen. De pijnlijke arm die niet alleen fysiek moet worden onderzocht, omdat die misschien is ontstaan door een ‘opvoedkundige tik’ van de dominante vader, dat ik bij het maken van een uitstrijkje een reactie zie die niet klopt, dat het niet kunnen slapen niet alleen in de zorgen om een puberkind zit, maar ook in de reorganisatie op het werk.

Al die contextrijke informatie krijg ik tijdens consulten die volgens het zorgsysteem maar maximaal tien minuten mogen duren. En hoewel ik sinds een paar jaar de tijd van een consult structureel heb verlengd, merk ik dat steeds meer van de schijnbaar onbelangrijke informatie weglekt naar bijvoorbeeld praktijkondersteuners, wijkteams en psychologen; hoe complexer de patiënt, hoe meer mensen en organisaties betrokken raken. En ook binnen de huisart-

senpraktijk neemt gestaag het aantal hulpverleners toe. Hoe blijf je in deze context als huisarts echt de spin in het web? Steeds vaker lijkt het bijna ondoenlijk om die rol goed uit te oefenen. Het groeiend gebrek aan samenhang in de zorg ervaren bijna alle huisartsen dagelijks. Ons gestaag groeiende takenpakket, de toenemende administratieve lasten, de worstelingen om patiënten op de juiste plek voor zorg te krijgen; het zet juist datgene onder druk wat de huisarts onderscheidt van alle andere artsen en hulpverleners: gewoon goede zorg leveren vanuit de vertrouwensband die je met je patiënten hebt. In een zorgsysteem dat kraakt onder de wetten van de marktwerking blijkt dat nogal eens problematisch. En zo is er een situatie ontstaan waarin er schrijnende misstanden kunnen voorkomen en er helaas soms ook vermijdbare medische missers ontstaan.

De verhalen wil ik ook vertellen omdat ik, net als toen ik de 'schrijnende casus' voor *de Volkskrant* beschreef, wil laten zien dat we de eerstelijnszorg van de huisarts moeten koesteren én moeten repareren. Deze verhalen tonen aan dat het vak onder druk staat en dat tijdsdruk en marktwerking de zorg misschien wel meer kosten dan de statistieken vertellen. Ik wil de gebreken in ons medisch systeem laten zien. Want wat er ook gebeurt en ondanks ziekenhuisbehandeling, paramedische begeleiding of alternatief traject, patiënten komen uiteindelijk altijd weer terug bij de huisarts.

Dat laatste is misschien wel het mooiste van mijn vak. Ik raak gehecht aan mijn patiënten, ze gaan me aan het hart. Zij zijn misschien wel de belangrijkste reden voor mijn wekelijkse schrijven: de sinds jaren afnemende samenhang in de zorg staat geregeld goede zorg in de weg. De extra tijd die

nodig is om zorg te organiseren, de toegenomen bureaucratistische processen, het is tijd die je niet direct aan patiënten kan besteden. Het gekend en gezien worden door de huisarts staat daarmee onder druk en de problemen die dat oplevert sijn door in alle maatschappelijke lagen en op verschillende medische niveaus. Mijn vak is gebaseerd op medische kennis ingebed in de kennis over de mens die tegenover mij zit. Ik wil dat mijn patiënten zich gezien en gekend voelen in die luttele paar minuten en op die kwetsbare momenten dat ze tegenover mij zitten. Ik doe mijn uiterste best, maar ik weet dat het beter kan.

In mijn verhalen kies ik veelal voor de mannelijke vorm voor patiënt, huisarts, specialist. Dat is een grammaticale keuze, want natuurlijk kan een huisarts, patiënt of specialist ook een vrouw zijn. In één geval kies ik expliciet voor de vrouwelijke vorm: de doktersassistente. Natuurlijk kan dit ook een man zijn, maar in verreweg de meeste gevallen is deze specifieke assistent een vrouw en is 'doktersassistente' de meest gangbare term.





## De paradijsvogel

Stilvallen in de hectiek van de dag

*In de beslotenheid van mijn spreekkamer ontstaat soms een geheel eigen wereld. Voor een kwartier of een halfuur word ik totaal meegezogen wanneer ik als arts en als mens met een niet te bevatten problematiek word geconfronteerd. Tussen de snotneuzen en spiraaltjes door komt Ben binnen, net zestig, een paradijsvogel met voortdurende pijn. Hij wil dood. Eind 2019, dan heeft hij dertigduizend euro voor zijn vrouw en zoon gespaard. Na dit gesprek wacht ik even voor ik de volgende patiënt binnenroep. Ik heb nog anderhalf jaar om Ben op andere gedachten te brengen.*

Ben (60) – Voorgeschiedenis: 2007: hypertensie; 2009: excisie talgkliercyste hoofd, waarna chronische pijn; 2010: gecompliceerde beenbreuk rechts, waarvoor operatie; 2013: chronische buikklachten, verstoorde darmmotiliteit.

Ben is een bijzondere man. Een feestbeest. De disco was zeer lange tijd zijn habitat. Als zijn leeftijdgenoten vrouw en kinderen hebben, zet Ben nog steeds de bloemetjes flink buiten. Hij begint op vrijdag in de kroeg en gaat bij wijze van spreken pas op zondagochtend weer naar huis. Op een bepaald moment gaat hij steeds vaker met een vriend naar Indone-

sië. En ook daar is het elke dag feest. Ben is halverwege de veertig als hij behoefte krijgt aan een vastere relatie. In een Indonesisch café komt hij een jonge vrouw tegen met wie hij een vaste relatie en later een kind krijgt, in Indonesië. Een paar keer per jaar zoekt Ben hen op. Ondertussen werkt hij in Nederland in een werkplaats en doet daarnaast klussen om de maandelijkse bijlage aan zijn vrouw over te kunnen maken en om te sparen voor zijn pensioen. Ben heeft een droom: na zijn vijftenzestigste vertrekt hij voorgoed naar Indonesië.

Ik ken Ben goed; we zijn op elkaar gesteld geraakt. Dat uiten we niet met zoveel woorden, maar het blijkt bijvoorbeeld als hij me een usb-stick geeft. ‘Dokter, ik weet dat je het druk hebt. Ik heb de honderd mooiste nummers van dit jaar voor je verzameld.’ Of ik krijg een bakje rijst van het rijstveld van zijn vrouw.

Ben komt regelmatig in mijn praktijk, want hij heeft vaak veel pijn in zijn hoofd. Daar is ooit een zwelling weggehaald en er is toen iets geraakt. En zo’n tien jaar geleden, net na de geboorte van zijn kind, is Ben in Indonesië aangereden op de scooter. Het ongeluk bezorgde hem een gecompliceerde beenbreuk; bij zijn knie en zijn onderbeen. Hij moest er geopereerd worden. Na een aantal maanden kwam hij terug naar Nederland en had direct een afspraak bij mij ingepland; Ben had zo’n pijn aan zijn been.

Ik kijk en schrik enorm. Bens voet staat helemaal scheef. Het is moeilijk in te schatten hoe ernstig het been eraan toe was na het ongeluk, maar ik heb sterk het gevoel dat de operatie niet goed is uitgevoerd. Niet vreemd dat Ben pijn heeft; op zo’n been kan je niet goed lopen. Ik stuur Ben direct door,

maar de orthopeed concludeert dat het been niet opnieuw geopereerd kan worden. Ook op de pijnpoli krijgen ze de pijn niet onder controle. Als remedie loopt Ben op krukken.

Na verloop van tijd komen er pijnklachten in zijn buik bij. Ben blijkt een verstoring van zijn darmmotiliteit te hebben. Dat is zeer stressvol, want je wordt plotseling overvallen door je darmen met als resultaat acute diarree. Dat betekent dat Ben nauwelijks meer uitgaat. Met deze klachten is hij ook naar diverse specialisten geweest. Zij constateren een duidelijk probleem, maar hebben geen oplossing. Intussen werkt Ben gewoon door en thuis heeft hij het ook naar zijn zin. Hij luistert muziek, woont prettig en liefdevol samen met zijn broer en diens gezin. Het is bijzonder om te zien hoe deze zes mensen samen in een huis leven. Ik ken ze; ze komen allemaal in mijn praktijk.

Bens lijdensdruk neemt in de loop der jaren steeds meer toe. In het begin kon hij de pijn in zijn hoofd en been goed hanteren – hij had heel veel last, maar functioneerde nog prima. Totdat er voor hem opeens een punt was bereikt: niemand kon zijn klachten oplossen of de pijn verzachten.

Ben legde het onverbloemd op tafel. ‘Dokter, ik krijg alleen maar meer last, de pijn wordt heviger. Ik ben er zo klaar mee, het is genoeg voor mij en ik ga er een eind aan maken. Als ik dertigduizend euro heb gespaard, maak ik dat bedrag over naar mijn vrouw en kind, daar kunnen ze jaren mee vooruit. Eind 2019 wil ik dood. En als jij het niet doet, dan doe ik het zelf.’

Ik reken snel: anderhalf jaar heb ik, achttien maanden, er zullen talrijke afspraken zijn met Ben om hem van zijn voornemen af te brengen. Het roept zoveel vragen op: ‘Is dit echt wat je wilt, je laat veel lieve mensen achter; je familie, je

vrouw en kind. Je bent vader! Je bent broer en oom. Zoveel mensen houden van je, zijn op je gesteld. Je hebt werk, collega's, vrienden. Kunnen we proberen om je pensioen vroeger in te laten gaan, dat je eerder naar Indonesië gaat?

Maar Ben volhardt. Dit vind ik bijzonder ingewikkeld; een patiënt heeft het voornemen om suïcide te plegen. Ik zeg Ben dat ik dit niet zomaar kan laten gebeuren. En ik maak een vervolgspraak met hem voor de volgende week, aan het einde van de middag, wanneer de wachtkamer leeg is. Dan kan ik uitlopen.

Daar zit Ben. In de wachtkamer, in vol getatoeëerd ornaat, met zijn krukken en zijn koptelefoon. Ben, omringd door mensen die van hem houden en die het samen fijn hebben, met een lieve vrouw en kind op afstand die hij regelmatig ziet. Hoe komt het dat hij niet kan omgaan met zijn pijn? Hoe kunnen patiënten met ernstigere ziektes het leven wél een voldoende geven? Waarom lukt het Ben niet om naar zichzelf en zijn situatie te kijken en daar op te reflecteren? Ben blijft maar herhalen, als een plaat die blijft hangen: Ik wil dood, ik wil dood, ik wil dood. In zijn hoofd zit een schakelaar, een aan-en-uitknop. Ik probeer hem op een andere manier te benaderen, uit zijn groef te krijgen, ik maak een omtrekkende beweging. Ik maak nog een afspraak. Weer masseer ik, benader hem via een omweg, zoek een sluipteg, een haakje, een bruggetje. Weer gaat Bens plaat op de draaitafel: hij wil dood. Klaar.

Nog een afspraak, nog een telefoontje, een visite en zo dansen we om elkaar heen. Het lukt me maar niet om erachter te komen of Ben de woorden niet heeft om emoties en pijn te beschrijven. Is hij capabel genoeg om hartenpijn